Анаклитический контрперенос при разрешении сопротивлений.

Эвелин Дж. Лигнер

Эта статья проясняет понятие анаклитического контрпереноса и представляет три виньетки конкретных случаев, для того чтобы поддержать ту точку зрения, что анаклитический контрперенос является важным дополнением к арсеналу, доступному аналитику для разрешения сопротивлений и для способствования дальнейшему прогрессу некоторых пациентов, которые фиксировались в сопротивлениях status-quo.

Понятие анаклитического контрпереноса, предложенное Спотницем (1995) и проясненное Лигнер (1992) в ее работе на эту тему, пока еще не понято полностью и не подтверждено клинической работой психоаналитика. Как понятие новое оно нуждается в том, чтобы отличить его он анаклитической депрессии описанной Фрейдом (1915), с которой мы все знакомы и о которой существуют сотни ссылок. В противоположность этому поиск по литературе, включая то, что написано после 1980 года, не дает ни одной ссылки на анаклитический перенос, помимо работы данного автора и еще четырех, которые появились в журнале Modern psychoanalysis после 1990 года. Мидоу (1985) говорит об анаклитическом конфликте, который, согласно ее понятиям, “может быть разрешен только в том случае, если удастся создать мотивации жить, никогда не испытанные прежде” (стр.161). Хотя это не анаклитический контрперенос, мы слышим отголосок идеи анаклитического взаимодействия. Эта работа предоставляет новый материал случаев, подтверждающий идею существования и аналитической ценности анаклитического контрпереноса.

Необходимо еще раз пояснить это понятие. Анаклитический контрперенос относится к такому периоду времени в процессе лечения, когда у аналитика вырабатываются новые чувства по отношению к пациенту, которые не связаны ни с каким конкретным переносом самого пациента и не индуцированы жизненной истории пациента. Эти чувства возникают как продукт взаимоотношений. “Будучи проанализированы и подтверждены пациентом, эти чувства оказываются теми самыми чувствами, которых пациент был лишен на протяжении своих зависимых лет, но которые были ему нужны для созревания” (Лигнер 1991, стр.6).

Понятие и систематическая утилизация контрпереносов при работе с нарциссическими расстройствами, пионером которой в пятидесятые и шестидесятые годы являлся Спотниц, было вновь открыто и теперь стало частью установленных общих психоаналитических понятий. Габбард (1995) в International journal of psychoanalysis пишет, что “хотя по прежнему существует много различий между разными теоретическими школами психоаналитической мысли, образовалось некоторое поле схождения относительно полезности контрпереноса при понимании пациента”(стр.482). Как заметил Шеффер (1992), “Мы можем поставить анализ контрпереноса в ряд с анализом переноса и защитных действий в качестве одного из трех акцентируемых моментов, которые определяют терапию как психоаналитическую” (стр.230). Следующее утверждение Шеффера (1995) в статье, которая пытается исправить негативные последствия неправильного чтения работы Хайнца Хартмана и дать оценку его роли и его вклада в историю психоаналитической мысли, может быть когда-нибудь в будущем применима к вкладу школы современного психоанализа в лечение различных видов шизофрении и доэдипальных расстройств. “Невозможно более утверждать, что существует только одна монолитная теория Фрейда, и что таковая теория должна существовать. Не существует единой теории, которая бы главенствовала и указывала бы исключительно, что является психоанализом или даже как должно использоваться название психоанализ” (стр.233). Это утверждение Шеффера резко контрастирует с точкой зрения, которой он придерживался, когда мы оба выступали на симпозиуме 1994 года по терапии, проводившемся под эгидой кафедры психиатрии Темпльского университета, когда он поставил вопрос о том, что моя работа не является психоаналитической, потому что я не отвечала его тогда строгому определению того, что есть психоаналитическое лечение.

Относительно анаклитического контрпереноса можно поставить вопрос, что успешное разрешение контр-трансферных сопротивлений аналитика, как субъективных, так и объективных, это именно то, что приводит к новым чувствам, и следовательно это не зависит ни от какого конкретного переноса. Это создает некоторую путаницу, поскольку общепринятое определение контрпереноса как отклика на перенос пациента предполагает индуцирование чувств из прошлого.

Поскольку аналитические отношения рассматриваются как трансферные во всей своей целостности, представляется, что для логической связности необходимо рассматривать анаклитический контрперенос также в качестве ответа на них, хотя и не в результате индуцированных чувств. Он может возникнуть в виде готовности аналитика бессознательно пережить конкретную потребность пациента, на которую не было отвечено, а не как парадигматическую, технически и интеллектуально заранее детерминированную реакцию. Возможно, мы можем расширить этот термин, чтобы включить то, что Марголис (1978) называет кормящей реакцией, которая остается непробужденной у аналитика, пока как пациент, так и аналитик не будут готовы извлечь из нее пользу. Что именно вызывает таковую готовность, это вопрос, требующий много дополнительных исследований.

Недавняя статья Спотница (1995), в которой он документирует то, до какой степени анаклитический контрперенос продуцирует свои собственные уникальные сопротивления прогрессу в лечении, еще более осложняет эту проблему в результате его соображений по поводу реального и нереального. На первом месте среди этих сопротивлений, находится сознательное или бессознательное нежелание принять реальную и нереальную природу отношений которые существуют в диаде. Это будет более подробно обсуждаться после представления трех виньеток из конкретных случаев в поддержку той точки зрения, что анаклитический контрперенос является важным дополнением к арсеналу, который требуется аналитику для разрешения сопротивлений и для того чтобы способствовать прогрессу не которых пациентов, которые остаются фиксированными в сопротивлении status quo.

^ Виньетка № 1: Джекоб

Присутствие Джекоба переживалось мною как присутствие живого “мертвеца”. В отсутствии какого бы то ни было аффекта, мы провели годы в отупляющей матрице нашей нарциссической трансферной-контр-трансферной безжизненности. Пациент вполне сотрудничал, говорил прогрессивно, с ответственностью относился к деньгам и времени. Контакты в основном были связаны с конкретными вопросами по поводу отпусков, необходимых изменений в расписании или советов относительно его детей. Ни один из нас не ощущал стресса, и нам было комфортно в присутствии друг друга. Он описывал свою внешнюю жизнь как удовлетворительную, если не считать часто возникавших тяжелых психосоматических симптомов, которые и привели его на лечение. Он считал себя профессионально успешным, любил свою жену и детей и был доволен и удовлетворен сексуальными отношениями. Без всякого аффекта он жаловался только, что он слишком много работает, и несколько сардонически говорил что “Arbeit macx frei” (труд делает свободным, лозунг над входными воротами Аушвица). Некоторое смутное ощущение внутри меня выросло по интенсивности в результате моей твердой готовности “вернуть его к жизни”. Постепенно его замороженный экстерьер начал таять по мере того, как это новое чувство привело к большей аффективной словесной активности с моей стороны. Зная его историю, я также предложила ему интерпретацию, что ему не разрешалось иметь никаких эмоций, но что я хочу о них слышать и знать. Он в первый раз заплакал. В результате мне была рассказана как новая информация, так и старая история с некоторыми начаткамии прежде подавлявшихся эмоций. Может быть, это неудивительно, что он и его родители пережили Холокост. Как воздействовали эти переживания на его развивающуюся эмоциональную жизнь и гуморальную систему благодаря отсутствию физического и психологического питания и медицинских услуг во время Холокоста, когда он был зародышем и в первые несколько лет жизни, остается неведомым. Трудно также определить, какие факторы наследственности, физического здоровья и среды могли оказать негативное влияние на его дородовое и доэдипальное развитие. В особенности его внутриутробная жизнь внутри недоедающей и постоянно испытывающей страх за свою жизнь матери, перебирающейся из одного убежища в другое, вполне могла иметь мертвящее воздействие на дородовое развитие его психического аппарата.

С появлением у меня этого нового чувства анаклитического контрпереноса мощная потребность узнать его эмоционально привела к информации прежде не предъявлявшейся, которая объяснила помехи росту его эмоциональной жизни. Поскольку его родители страдали так много, он вырос с чувством, что нет ничего что ему позволено, или что он сам смеет сказать своим родителям, чтобы показать, что у него бывали хоть какие-то случаи, когда он был несчастен. Он остро чувствовал роль, которая от него требовалась в отношении с родителями. Любая радость с его стороны напоминала им об их безрадостности; любое его страдание явилось бы для них невыносимым грузом. Хорошо известно, как дети Холокоста чувствуют, что они обязаны возместить своим родителям их страдания. В случае Джекоба он мог компенсировать им это, только изображая мертвеца; единственный выход для эмоциональной разрядки были его психосоматические симптомы.

МагДугал (1991) пишет об одной из своих пациенток и говорит, что такие пациенты “способны смело бросаться в жизнь, как в профессиональные, так и в любовные отношения, не имея никакого представления о непрерывном - то есть реальном сйчас - психическом стрессе, которому они подвергаются день за днем. Отсутствие осознания, которое приходит когда разум быстро освобождается от любого эмоционального возбуждения, вызывает вместо себя тяжелые соматические дисфункции” (стр.114). Джекоб рассказывает мне о фразах его родителей, которые оставили на его душе след, как каленым железом. Его самое раннее воспоминание о матери, это когда он видел, как она плачет, и он вспоминает, как она годами повторяла ему :“Джеки, не грусти, не грусти. Джеки, не грусти, а то ты заболеешь”. Несколько раз, когда он приходил домой расстроенный тем, что дети дразнят его за его иностранный акцент, отец говорил ему “После всего, что мы выстрадали, как ты можешь причинять нам боль своими жалобами”. Он научился, как он сказал, “не гнать волну”.

Мой анаклитический контрперенос, возможно, выработался, когда на каком-то бессознательном уровне я была готова родить “живого” ребенка и принять экстернализацию обширной ярости и горя, которые лежали за его нарциссической защитой. Джекоб говорит мне, что “он чувствует, что его анализ только что начался”. Возможно, Джекоба “можно описать как (находящегося) на грани вхождения вновь в свою прежде прервавшуюся последовательность развития...” (Моррел 1994, стр.77).

^ Виньетка №2: Линор

Линор, привлекательная, умная, образованная женщина, стремилась к групповому опыту в надежде, что продолжавшиеся всю ее жизнь депрессии и “отсутствие жизни” могут пройти в атмосфере сильных эмоциональных подводных течений. Большая часть ее взрослой жизни проведена была в терапии с аналитиком мужчиной, который, как она считала, помог ей выйти замуж и завести детей, но который, по ее впечатлению, последовательно пренебрегал ее эмоциональной жизнью. В качестве единственного ребенка она прожила необычайную жизнь в исключительных обстоятельствах, о ней заботилась мать, которая была в очень тяжелой депрессии и много работала, поскольку муж бросил ее пока она была беременна этой пациенткой.

В ее последующем лечении у меня как в ее группе, так и индивидуально, ее взгляд на себя как безнадежно депрессивную ни на что не способную лживую и приниженную отзеркаливался моим объективным контрпереносом безнадежности, отчаяния и неспособности ни к чему. Она довольно много плакала и в той и в другой своей форме лечения, и первые эмпатические реакции скоро вызвали у членов группы сходное чувство фрустрации и безнадежности. По мере того как лечение продолжалось на протяжении многих лет, я испытала полный спектр эмоций, индуцированных нарциссическим переносом, и я последовательно использовала все те техники, интерпретации, технические знания и терапевтическое применение моих контр-трансферных реакций, какие могла, для того чтобы разрешить эту мощную нарциссическую защиту с ее бессознательно мстительным отношением и ко мне, и к членам группы. Медленно ее эмоциональный спектр начал включать некоторое чувство оптимизма, все больше удовлетворения и компетентности на работе, и начал проявляться также подлинный интерес ко мне и к членам группы.

Она начала индивидуальную сессию, выражая свою благодарность и то, как она ценит все, что приобрела как в своей внутренней, так и внешней жизни. Эта новая коммуникация меня удивила, и я ее спросила, чему она приписывает эти изменения. Она сказала мне что они были вызваны моим и группы неустанным интересом к ней и тем, что она переживала как мое явное удовольствие от работы с ней — и то и другое были чувства, которых ей не хватало, когда она росла. Она это противопоставляла своему чувству, что для матери она была обузой и хотя чувствовала от нее определенную приязнь, но внешние трудности матери делали невозможным найти время получить удовольствие или испытать интерес к своей дочери, помимо удовлетворения физических нужд выживания. Она сообщила воспоминания о том единственном случае, когда она видела свою мать смеющейся, и о том, какие обстоятельства сопутствовали этому.

У меня не было сознательного ощущения, что у меня, похоже, выработался анаклитический контрперенос, кроме как в ретроспективе, после того как мое внимание к этим чувствам привлекла пациентка. Она говорит мне, что она считает, что идентифицировалась с моим удовольствием от работы. Для нее работа — это только необходимость, чтобы выжить, а не источник удовольствия. Она выражает надежду, что моя “жажда жизни” окажется заразительной. Анализ продолжается.

^ Виньетка №3: Эми.

Эми обратилась на лечение после того так семейная трагедия разрушила шаткое равновесие в семье. Мощное контролирующая защита рушилась перед лицом внутренних и внешних факторов давления. Она страдала от всеобъемлющей тревоги и была постоянно занята различными мыслями о самоубийстве. Она была единственным выжившим ребенком очень тревожной матери, которая пережила несколько выкидышей и рождение мертвого младенца до рождения пациентки, и смерть органически дефективного ребенка в возрасте шести недель, когда пациентке было пять лет. У пациентки выработались проблемы в связи с едой, приучением к горшку. Она демонстрировала школьные фобии, и до возраста десяти лет совершила несколько суицидных демонстраций. Ей в младенчестве физически не давали плакать, потому что мать боялась, что ее забранят родственники, с которыми они были вынуждены жить. Мать выработала на свои бессознательные враждебные импульсы защиту непоследовательной передачи власти в руки пациентки, однако она постоянно колебалась в своих реакциях на проявления импульсов пациентки, связанных с оральной и анальной стадиями развития. Пациентка панически боялась быть брошенной, не могла положиться ни на что сказанное матерью, а ее способность манипулировать обоими родителями вызывала у нее одновременно беспомощный страх и удовлетворение.

В ходе весьма продолжительного анализа на поверхность вышли базовое недоверие, садистические и мазохистические черты и мстительность, также как и жажда и одновременно страх перед всеохватывающим симбиотическим объединением. Она хотела, чтобы ее успокоили, что я знаю, что делаю, что я уверена в правильности своего плана лечения, и что она не сможет мною манипулировать. Анализ и исследование значений и воспоминаний, связанных с этими страхами и желанием, повели к стойкой прогрессивной коммуникации. Как и следовало ожидать, в течение многих лет мой первичный объективный контрперенос был тревога и неуверенность, что, однако, не служило сопротивлением моей эффективной работе с ней. Пациентка продолжала прогрессировать как в анализе, так и в своей работе и отношениях. В анализе, когда она сказала мне “Вы - это вы, а я - это я, и мы можем друг с другом не соглашаться, и все будет окей”, была достигнута важная стадия в развитии начала формирования независимого эго. Это произошло, как я полагаю, из-за того что у меня выработалось новое чувство уверенности, которое, если подумать, было моим анаклитическим контр-трансферным чувством, чувством, которое пациентка никогда не переживала, но которое должно было быть подтверждено ее собственными словами. Поскольку ее мать всегда была не уверена, хочет ли она, чтобы ее дочь оставалась в живых или умерла, пациентке необходимо было чувствовать, что, в противоположность ее матери, я уверена, что я хочу, чтобы она осталась в живых. Это дало пациентке возможность чувствовать себя в безопасности и знать, что на меня можно положиться, что я не убью ни ее, ни себя.

В подтверждение этого пациентка пишет:

Поскольку я выросла в реальности, которая была основана на неуверенности, мои усилия в терапии были — как стать уверенной. Я жаждала почувствовать уверенность, якорь, центр и связь со стабильным, последовательным, непоколебимым, “настоящим” объектом. Однако сколько бы интервенций мне ни предлагали, моя история не позволяла мне принять что-нибудь, что вы сказали, как реальное, искреннее или надежное. Меня научили что никогда нельзя доверять или быть уверенной: да могло превратиться в нет за доли секунды, сердитый (или счастливый) взгляд или тон голоса вот-вот начнут отрицать, и последовательная цепочка мыслей будет оборвана почти немедленно. Я воспринимала мир как непоследовательный и ненадежный, но в то же время я ставила под сомнение свою собственную реальность: Кто я? Действительно ли это случилось? Которая из них настоящая я? Непоследовательность и неуверенность стали моей сутью. По ходу лечения, когда вы отзеркаливали и присоединялись к моему чувству неуверенности, я начала осознавать, что пожалуй единственное, чему я у вас могу довериться, это непоследовательность: ваша неуверенность превратилась в мою уверенность. Как и в моем прошлом, это притягивало меня к вам и одновременно помогало выражать негативные чувства. В последнее время, когда вы дали мне указания и сказали мне, что вы уверены, хотя я вначале сопротивлялась и ставила вашу мудрость под сомнение, я почувствовала, что я зацепилась якорем. Я потеряла свое чувство пустоты и почувствовала себя полной и лопающейся от довольства. Вы стали надежным объектом, на котором я могла проверить свои собственные суждения. Я могла не соглашаться с вами и даже могла поменять свою точку зрения. Ваша уверенность дала мне свободу не быть уверенной - знать, что мнения, мысли и чувства могут меняться от минуты к минуте.

Дискуссия.

Поскольку о родительских фигурах можно узнать только через восприятие пациентов и через мой собственный объективный контрперенос, приходится прибегать к спекулятивным рассуждениям о том, каким образом они реагировали на инстинктуальные влечения и импульсы этих пациентов на протяжении их доэдипальных фаз. Анаклитический контрперенос стал важным источником идентификации отсутствующих, но “необходимых для созревания” чувств. Как могу я установить, что мой контрперенос являлся анаклитическим? Пациенты подтверждают это, сообщая, что эти чувства отсутствовали в их жизни прежде. Откуда я знаю, что эти чувства были необходимы для дальнейшего созревания? Я знаю это, поскольку это привело к разрешению их сопротивлений новым и прогрессивным коммуникациям. Поскольку для младенцев бессознательное матери является их единственной реальностью, мы можем принять, что мать Джекоба находилась в эмоциональном отупении, что мать Линор была в безнадежной депрессии и что мать Эми была патологически тревожна. По ходу их анализа мне нужно будет определить, почему та или иная интервенция, которую я сделала или не сделала на основе моего сознательного или бессознательного анаклитического контрпереноса, воздействовала так как, она воздействовала. Что включилось во мне в результате взаимоотношений? Осознал ли пациент, что у меня появились измененные чувства - и если осознал, то когда именно? Мне не могло быть заранее известно, какая конкретная отсутствующая потребность или чувство блокировали эмоциональное и интеллектуальное развитие пациента. Существует ли соотношение между состоянием анаклитического контрпереноса и состоянием негативного единения, так, как его описывает Мидоу (1992), пока не ясно. Однако негативное единение так как его описывает Мидоу происходит также в качестве позднего явления в курсе лечения после разрешения нарциссических защит. Присутствие негативного единения может возникать символически или соматически, но в конечном итоге у пациента, который находит новый язык для того, чтобы выразить эти чувства. Винникотт (1956) отметил, что когда человеческие существа обнаруживают, что на их нужды ответили, то в них зарождается чувство, что они живы. Джиоваччини (1963) также говорит о том, что можно было бы описать как анаклитическая потребность, о том, чтобы предоставить что-то, что отсутствовало на ранних этапах жизни.

Почему появление анаклитического контрпереноса разрешает конкретное сопротивление пациента прогрессивной коммуникации, и чем это бывает вызвано? Поскольку вообще мы знаем, что детям нужно для здорового развития, то почему у аналитика столько времени занимает выработать то, что Спотниц обозначил как анаклитический контрперенос? Возможно ли, что это чувство, поскольку оно не связано ни с каким конкретным трансферным состоянием, в противоположность чувствам, индуцированным нарциссической защитой, является подлинным и реальным, а не подлинным и нереальным, как утверждает Спотниц?

В личном сообщении (1995) и в недавней своей статье Спотниц (1995) выражает свою точку зрения, что все те чувства, которые не являются субъективными, включая анаклитические чувства, являются подлинными, но не реальными, потому что они возникают, как часть планированного, а не реального взаимоотношения. Хотя в повседневном словоупотреблении реальный и подлинный могут рассматриваться практически как синонимы, не бывает никаких реальных отношений в которых один человек посвящал бы себя полностью функционированию на благо другого, как это делает аналитик. Можно сказать почти наверняка, что если аналитик и его пациент встретились бы в реальном мире, они не имели бы тех же самых чувств по отношению друг к другу, как и те, которые являются продуктами искусственной, но терапевтичной ситуации. Аналогичным образом актриса с великолепным талантом Джудит Андерсон, играющая роль Медеи, испытывает чувства подлинные, но нереальные. Когда она покидает сцену, она возвращается к реальным чувствам в реальных взаимоотношениях.

Субъективные чувства также могут быть подлинными и реальными и не обязательно мешают анализу. Реальные чувства могут способствовать коммуникации и могут также сдерживать коммуникацию. Важно, однако, чтобы аналитик осознавал, что его реальные чувства являются субъективными и происходят из реальных взаимоотношений в его прошлом или настоящем, и что его отношения с пациентом - хотя они являются подлинными - являются нереальными, какова бы ни была реальность его контрпереноса. Анализанды борются против того, чтобы принять эту реальность. Они борются с ней, потому что они предпочитают верить, что то, что аналитик переживает в их присутствии - это реальные чувства аналитика, и что они отражают всю его личность. Пациенты требуют действия так, как будто бы это реальная ситуация, и хотят, чтобы аналитик действовал по отношению к ним как реальный человек. Давление, чтобы заставить действовать, может быть наиболее существенным основным сопротивлением тому, чтобы выработать анаклитический контрперенос.

Бергман (1995) пишет, что “способность выработать трансферную любовь в аналитической ситуации, это не тоже самое, что способность к любви в реальной жизни... Мы предлагаем нашим анализандам полную сосредоточенность на них и их проблемах - они, а не мы являются центром аналитических усилий” (стр.16). Он утверждает далее, что это отличается от реальной жизни (курсив мой), и что только патологически мазохистичные любовные объекты могут повторить подобную ситуацию.

Аналитик, который успешно разрешил свои нарциссические защиты, свои объективные и субъективные контр-трансферные сопротивления и свое анаклитическое контр-трансферное сопротивление в результате собственного личного анализа и супервизий, может использовать самого себя в качестве терапевтического агента и фасилитатора, который действует на основе процесса, известного как психоанализ. Возможно ли, что пациент в конечном итоге осознает, может быть бессознательно, что аналитик не имеет никакого реального чувства любви или ненависти, но функционирует как компетентный источник реакций на подлинные, но нереальные чувства пациента? В результате стремление к удовлетворению, либидному или агрессивному, может уступить подлинной готовности функционировать в сотрудничестве и отказаться от потребности использовать аналитика как удовлетворяющий нужды объект. Аналогичным образом аналитик, который подобным образом не посвятил себя единственно тому, чтобы его пациент говорил все, а нуждается в том, чтобы пациент откликнулся на какую-то его собственную потребность, эмоциональную или финансовую, находится в состоянии сопротивления. Аналитик, который рассматривает объективный контрперенос как реальные чувства, может обнаружить, что это является серьезным источником сопротивления к развитию анаклитического контрпереноса. Как было сказано выше, анаклитические контрпереносы являются подлинными, но нереальными, потому что они тоже вырабатываются в качестве продукта плановых отношений. Любые чувства аналитика - подлинные, реальные или не реальные- являются потенциальным источником сопротивления, и если его не разрешить успешным образом, могут иметь серьезные последствия как для пациента, так и для аналитика.

Принятие аналитиком самого себя в качестве терапевтического агента, чьей единственной задачей является разрешение сопротивлений, есть самый значимый фактор в прогрессе пациента от начала анализа до его завершения. Признание того, что все объективные контр-трансферы являются подлинными, но нереальными, может столкнуться с сопротивлением у аналитика и стать основным препятствием к развитию самого анаклитического контрпереноса. Как и с любым новым понятием, возникнет тенденция отрицать и отвергать его существование. Однако то, что к нему привлечено внимание аналитиков, даже если они, возможно, еще не испытали его, должно привести к тому, что явление будет получать все большее количество подтверждений в клинических случаях. Исторический факт, что новые идеи и наблюдения сталкиваются с сопротивлением, пока их не откроют заново и затем широко примут. Даже среди современных аналитиков это новое понятие рассматривается как спорное. Что мы знаем наверняка, это что человек сложен и никакая одна теория не может охватить и объяснить все человеческое поведение. Отсутствие анаклитических чувств может не обязательно быть сопротивлением, но может быть указанием на то, что терапевтические отношения еще не развились до той стадии, какова бы она ни была, которая требуется для возникновения этого конкретного контрпереноса.

Понимание и использование анаклитического контрпереноса требует большого количества дальнейших исследований. Спотниц (1995) пишет: “Есть указание на то, что использование анаклитического контрпереноса может исправить эмоциональные дефициты, возникшие из семейной наследственности дефектного дородового окружения или младенческой травмы. Однако его успешное использование предполагает много проблем. Техника использования его для терапевтических целей находится все еще в младенчестве. Много лет исследований лежит впереди, прежде чем мы будем знать, до какой степени врожденный эмбриональный и младенческий дефициты могут быть исправлены путем использования анаклитического контрпереноса в качестве терапевтической силы” (стр.263).

Потребность расширения знаний для того, чтобы развивать наши методы и теории на службе расширяющихся возможностей излечения все большего количества патологически нарушенных людей, не требует доводов в свою защиту. Как психоаналитики мы несем юридическую и этическую ответственность за то, чтобы продолжать вести исследования многих переменных, которые влекут за собой исцеление. Если мы придерживаемся той точки зрения, что как аналитики мы совершаем работу предполагающую выполнение конкретной задачи такой, которая требует терапевтического использования всех наших контр-трансферных реакций, мы имеем шанс меньше заразиться многочисленными сопротивлениями, связанными с нашими собственными человеческими потребностями.

Я уверена, что все три случая, описанные здесь, подтверждают, что анаклитический контрперенос является реальным явлением и значимым способом разрешения сопротивлений. Я хотела бы, чтобы и другие анализировали свой опыт для того, чтобы подтвердить это новое понятие, тем самым повышая свое собственное осознание и дополняя литературу на эту тему.